

Qualitätskontrolle: Fortpflanzungsexperten bei der Arbeit

Honer, Anne

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Honer, A. (1994). Qualitätskontrolle: Fortpflanzungsexperten bei der Arbeit. In N. Schröder (Hrsg.), *Interpretative Sozialforschung: auf dem Wege zu einer hermeneutischen Wissenssoziologie* (S. 178-196). Opladen: Westdt. Verl.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56917>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Qualitätskontrolle

Fortpflanzungsexperten bei der Arbeit

1 Die Mystifikation der Schwängerung

"Langgestreckt und nackt lag sie auf dem Stahltisch in der Mitte eines viel zu weiten Raums (...). Die Vorhänge waren zugezogen, um durch ein mildes Halbdunkel die Entspannung zu fördern; lediglich die riesengroße Operationslampe tauchte die weit geöffneten Schenkel der jungen Frau in weißes Licht. Während eine Krankenschwester diskret die Utensilien vorbereitete, neigten sich René und ich abwechselnd über das verängstigte Gesicht und tauschten mit ihr ein Lächeln aus. Wir hatten einen Kassettenrecorder mitgebracht, aus dem leise religiöse Musik erklang. Niemand sprach ein Wort; wir hatten erwogen, Kerzen anzuzünden, uns dann aber doch nicht getraut. René reinigte mit ungewohnt langsamen Bewegungen den Gebärmutterhals. Bruno faßte sanft die Hand, die die junge Frau ihm entgegenstreckte, während ich den winzigen Embryo in den Transferkatheter einführte. Aufmerksam betrachtete die junge Frau jede unserer Bewegungen und versuchte, in unserem Gesichtsausdruck Anzeichen für einen günstigen Verlauf des Eingriffs zu erkennen. Offenbar flößte ihr unsere innere Sammlung das nötige Vertrauen ein, denn nach und nach entspannte sie sich. Dieses Schauspiel der Spitzenmedizin war von einer innigeren Mystik durchdrungen als eine weihnachtliche Mitternachtsmesse. Als hätte die offenbare Ohnmacht, die Geburt des Kindes zu bewirken, uns anderen Gesetzen als denen des Meßbaren unterworfen, als wären uns nur unsere Wünsche geblieben, die mit denen dieser Frau eins wurden; als gingen wir mit ihr, von Vivaldis herrlicher Musik begleitet, zur Kommunion. Der Katheter drang ohne Komplikationen durch den Hals der Gebärmutter in deren nicht mehr sichtbare Bereiche vor. Sobald ich mich vergewissert hatte, daß der Embryo den Katheter verlassen hatte und in ihrem Körper blieb, sagte ich leise: 'Madame, Sie sind schwanger!...' Das war alles, was während dieser Zeremonie mit Worten gesagt wurde. Sie lächelte und schüttelte - immer noch mit gekreuzten Armen auf dem Tisch ausgestreckt - den beiden Biologen kräftig die Hand. René zog den Kopf zwischen ihren Schenkeln hervor. Die Musik war zum Weinen schön. Einige Minuten später ging sie zu ihrem Mann und sagte nur: 'Ich bin von allen dreien schwanger.'" (Testart 1988: 61f.)

Mit diesen wahrhaft 'ergreifenden' Worten beschreibt einer der legendären Pioniere der Reproduktionsmedizin, Jacques Testart, in seinem Buch 'Das transparente Ei' jenen Augenblick, um den es bei Zeugungsbemühungen schlechthin, und mithin natürlich auch bei der *künstlichen bzw. medizinisch assistierten Befruchtung* ja 'eigentlich' zu gehen scheint: um den Moment, in dem die Frau *geschwängert* wird. Und wenn man die emotionale Spannung der haupt- und nebensächlich an diesem Geschehen beteiligten Akteure zum Maßstab der relativen Bedeutung einzelner Situationen bzw. 'Stationen' im reproduktionsmedizinischen Gesamtprozeß nimmt, dann kann man hier sicher ohne Übertreibung von einem 'Höhepunkt' sprechen - auch wenn der dabei stattfindende Vorgang des Embryotransfers, also der Rückführung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter der Frau, inzwischen (sieht man von den Publicity-Gags eines einschlägig aktiven italienischen Modearztes einmal ab) weitestgehend

'entmystifiziert', d.h. technisiert, routinisiert und damit banalisiert ist. Noch immer ist der Embryotransfer jene Aktion, in der - dem Augenschein nach - der behandelnde Arzt am massivsten an die Stelle des genetischen Vaters rückt, in der er zwar nicht zum Zeuger wird, aber doch gleichsam als Erzeuger in Erscheinung tritt. Und noch immer ist der *gelungene* Embryotransfer das Ereignis, das am ehesten zu guten Wünschen (des medizinischen Personals an die werdende Mutter bzw. die künftigen Eltern) und zu Dankesbezeugungen (seitens dieser insbesondere gegenüber dem Arzt) Anlaß gibt.

Daß dem so ist, das erscheint uns, vom 'gesunden Menschenverstand' her, ganz plausibel, und schon gar dann, wenn man die romantische Idylle im Kopf hat, die Testart hier beschreibt.¹ Wir alle denken in der Regel nämlich die künstliche Befruchtung sozusagen analog zur natürlichen Kindszeugung: Bei dieser wird in einem nachgerade monothetischen, zumindest in einem 'ganzheitlichen' Akt penetriert, ejakuliert, selektiert und absorbiert. Dem Erleben (und auch dem sozial gültigen Alltagswissen nach) wird die Schwangerschaft dabei durch das bekannte, hierzu dienliche Zusammenwirken zweier Organismen somit quasi 'in einem Aufwasch' hergestellt.

Die künstliche bzw. medizin-technisch assistierte Fortpflanzung hingegen, die ja - bislang jedenfalls - im wesentlichen nur dann in Betracht gezogen wird, wenn die natürlichen Bemühungen (hinlänglich lange Zeit) erfolglos bleiben, unterscheidet sich von der biologisch 'normalen' vor allem dadurch, daß dabei das, was zusammenkommen soll, erst einmal separiert, ja isoliert werden muß. Konkreter gesagt: Seiner Grundstruktur nach, also jenseits aller möglichen zusätzlichen Komplikationen, besteht der *avancierte* reproduktionsmedizinische Prozeß der Schwangerschaftserzeugung darin, daß die zur Erzeugung eines Embryos notwendigen Bestandteile, nämlich eine Eizelle und eine Samenzelle, 'gewonnen', also aus den Körpern der potentiellen Eltern herausgebracht, 'gereinigt', also vor allem von für eine Befruchtung dysfunktionalen Begleitsubstanzen befreit, und außerhalb des weiblichen Körpers miteinander 'verschmolzen', also zur gemeinsamen Zellteilung stimuliert werden, und daß dieses 'Produkt' in den Gebärapparat der Frau transferiert wird.

2 Der unerfüllte Kinderwunsch

Der im strengeren Sinne *reproduktionsmedizinische* Beitrag zur 'Erfüllung des Kinderwunsches' endet also typischerweise mit der Feststellung, daß die Einnistung des extrakorporal gewonnenen Embryos erfolgt und gelungen ist. Danach beginnt, entsprechend der 'Logik' ärztlicher Spezialisierungen, eine 'normale' medizinische

1 Leider berichtet der Autor nichts darüber, wie der zum Samenspender reduzierte Ehemann die fröhliche Mitteilung seiner Frau über die geteilte 'Vaterschaft' verarbeitet hat.

Schwangerschaftsbetreuung (vgl. Wood et al. 1985, Cohen 1986, Webster 1986) bzw. auch das, was man zur Pränataldiagnostik und Pränataltherapie zählt (Bois 1991, Kaiser 1991; vgl. aber auch Engelhardt jr. 1987, Singer et al. 1990). Und dieser im strengeren Sinne reproduktionsmedizinische Beitrag *beginnt* in aller Regel im Anschluß an eine (erfolgreiche) gynäkologische und/oder andrologische Behandlung, die typischerweise die komplexe Diagnose des für den jeweiligen Einzelfall spezifischen 'Krankheitsbildes' sowie eine längere Reihe therapeutischer Maßnahmen umfaßt, welche so etwa von 'Regieanweisungen' für das Sexualleben des Paares über Hormongaben bis zum chirurgischen Eingriff reichen.² Denn wenn in Gesellschaften wie der unseren der Zeugungsakt trotz entsprechender Bemühungen nicht von Erfolg gekrönt ist, d.h., wenn ein Paar sich ein Kind wünscht, aber keines bekommt, dann wendet es sich heutzutage typischerweise an den Arzt (in der Regel: an einen Gynäkologen).

In der einschlägigen (sozialwissenschaftlichen) Literatur nun werden vor allem die mit dieser Medikalisierung der ungewollten Kinderlosigkeit einhergehenden psychosozialen Problemlagen der betroffenen Paare, insbesondere der betroffenen Frauen thematisiert (vgl. Bresnik/Taymor 1979, Seibel/Levine 1987, Holmes/Tymstra 1987, Brähler 1990). Immer wieder wird hier z.B. über die emotionale 'Berg- und Talfahrt' der Patienten vor und während der Behandlung und über die 'Sogwirkung' berichtet, die entsteht, wenn man sich erst einmal entschlossen hat, seine 'Unfruchtbarkeit' nicht als 'Schicksal' sondern als zu bewältigendes Handlungsproblem zu betrachten, und wenn man daraufhin den 'ersten Schritt' hin zu einer medizin-technischen Lösung gemacht hat.³ Zumindest gelten als instabil rekonstruierte Gefühlslagen und das der avancierten

2 Der *formaltypische* Verlauf einer 'kompletten' Unfruchtbarkeitsbehandlung führt vom Erstgespräch und der Anamnese des sterilen Paares über gynäkologische und andrologische Untersuchungen zunächst zu Ratschlägen und 'konservativen' Maßnahmen, und dann zu hormonellen Therapien und eventuellen mikrochirurgischen Eingriffen. Erst ganz am 'Ende' der Behandlungspalette steht schließlich gegebenenfalls die Anwendung eines der reproduktionstechnischen Verfahren im engeren Sinne (Insemination, In-vitro-Fertilisation, Intratubarer Gametentransfer, Intratubarer Zygoten-/Embryotransfer, Mikroinjektion).

3 Vgl. Delaisi de Parseval/Janaud 1986, Fischer 1989, Hölzle 1990 - Die in der Literatur unter ethisch-religiösen, juristischen, gesellschaftspolitischen, sozial- und naturwissenschaftlichen und medizinischen Aspekten behandelten Themen kann man grob danach unterscheiden, ob sie sich mit den durch die Reproduktionstechnologie eröffneten *humangenetischen Zugriffsmöglichkeiten* auf die menschliche Frühentwicklung, oder ob sie sich mit den faktischen und denkbaren Problemen der reproduktionstechnologischen *Sterilitätsbehandlung* befassen. Im ersten Themenkomplex werden vor allem Fragen wie die nach dem Beginn menschlichen Lebens und der Menschenwürde, nach Möglichkeiten und Grenzen der Genmanipulation und nach der Notwendigkeit bzw. Wünschbarkeit von Forschungsbeschränkungen und -verboten behandelt (vgl. z.B. Daele 1985, Müller 1987, Leist 1990, Grosch/Hampe/Schmidt 1990, Baumann-Hölzle/Bondolfi/Ruh 1990). Im zweiten Themenkomplex geht es vorzugsweise um die Technisierung menschlicher Fortpflanzung, um die 'Instrumentalisierung' der Frau, um die Kinderwunschproblematik sowie um die durch das Problem der anonymen Samenspende und der bislang so genannten 'Leih- und Ersatzmutterchaft' eröffneten rechtlichen, psychosozialen und moralischen Fragen (vgl. z.B. Stauber 1986a, Brückner 1987, Campana 1987, Litschgi 1987, Ernst 1988, Hegnauer 1989).

Apparate-Medizin als mehr oder weniger inhärent attestierte kommunikative Defizit (vgl. dazu auch Voß 1994) oft als Hinweise darauf, daß die Patienten sich während des Geschehens als 'situations-ohnmächtig' erleben.

Auch die wenigen *empirischen* Studien, die bislang aus dem Bereich der Sozialwissenschaften zur Reproduktionstechnologie *publiziert* sind, konzentrieren sich überwiegend auf psychologische Aspekte und *ohne Ausnahme* auf die Problematik reproduktionsmedizinisch behandelter sub- oder infertiler Frauen bzw. Paare. Neben Fragen der sozialen Akzeptanz der verschiedenen reproduktionstechnischen Verfahren (vgl. Herrmann 1989, Stauber 1986b) stehen dabei Fragen nach der psychischen Verarbeitungskapazität und der emotionalen Belastung der Patienten während der sich ja meist über Jahre hinziehenden Behandlung im Vordergrund.⁴

In dem Forschungsprojekt, das wir mit finanzieller Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds 1992 und 1993 am soziologischen Seminar der Hochschule St. Gallen durchführen konnten, ging bzw. geht es uns hingegen um die Rekonstruktion der professionellen Wissensbestände von (schweizerischen) Reproduktionsmedizinern (vgl. Gross/Honer 1991), denn obwohl die für das Geschehen offenbar symptomatische 'Situations-Ohnmacht' der Patienten die Frage danach, wer hier die Situation eigentlich wie definiert, ja nachgerade aufdrängt, wird der *behandelnde* Dritte, wird die Rolle und das Relevanzsystem des *Arztes* bei der artifiziellen Kindeszeugung in der einschlägigen sozialwissenschaftlichen Forschung vernachlässigt: Trotz der allenthalben zutage tretenden und auch in der Literatur immer wieder hervorgehobenen 'neuen Rolle und Funktion' des Reproduktionsmediziners (vgl. z.B. Schoene 1990) und trotz der v.a. von ärztlicher Seite nachhaltigen Betonung seiner Verantwortung (vgl. z.B. Petersen 1988, Tauber 1987, Hepp 1988) ist bislang seine *Perspektive* gegenüber dem gesamten Reproduktionsgeschehen noch keineswegs exploriert. Dabei hat der Bereich der Reproduktionstechnologie einen sozusagen 'symptomatischen Charakter' für die Modernisierung der modernen Humanmedizin, weil hier mit exemplarischer Deutlichkeit sowohl der Entscheidungszwang als auch die Definitionsmacht des Arztes zwischen avancierter technischer Machbarkeit hie und problematisierter sozialer Verträglichkeit da zutage treten.⁵

4 Auch der bekannten Studie von Snowden/Mitchell/Snowden 1983 (deutsche Übersetzung 1985) ist zu entnehmen, daß sich ungefähr die Hälfte der 57 dabei befragten Paare bei ihrer Suche nach Rat und Hilfe nur ungenügend bis gar nicht durch Ärzte informiert erachteten (vgl. hierzu auch die unrealistisch hohen Erfolgserwartungen, mit denen sich die Paare tragen - Holmes/Tymstra 1987).

5 Wir gehen dabei bis auf weiteres davon aus, daß ärztliches Wissen - als professionelles Sonderwissen - nach anderen Relevanzkriterien geordnet ist als alltägliches Wissen: daß es der rationalen Erkenntnis und der fortschrittlichen Innovation Priorität einräumt gegenüber den alltäglichen Imperativen des Mitfühlens, Mitleidens und 'Hier-und-Jetzt'-Helfen-Wollens z.B., oder daß es auf der 'Verkünstlichung', auf der zunehmenden, auch apparativen Kontrolle und technischen Steuerung natürlicher Prozesse basiert - die gegenüber einem experimentellen Design eben stets sub-optimal verlaufen (vgl. hierzu Böhme 1981, Thomas 1973).

In diesem Sinne versuche ich im folgenden, im wesentlichen anhand eines der Beobachtungsprotokolle aus meiner Feldarbeit in schweizerischen Zentren für Reproduktionsmedizin, eine Vorstellung zu vermitteln davon, was sich zwischen dem *Entschluß*⁶, eine (wie gesagt: im strengeren Sinne verstandene) reproduktionsmedizinische Behandlung durchzuführen⁷, und der dann wiederum nach wie vor relativ 'fatalen' Einnistung eines Embryos, *organisatorisch und technisch* gesehen, im wesentlichen ereignet⁸:

3 Die Gewinnung von Ei- und Samenzellen

Die Schiebetür öffnet sich und gibt den Blick frei auf einen kleinen gekachelten Raum, in dessen Mitte eine völlig verummte, regungslose Gestalt liegt, deren hoch erhobene, gestreckte und gespreizte Beine mit Bändern an Stativen festgehakt sind. Vier andere, ebenfalls verummte Personen bewegen sich, mit Gerätschaften und Materialien hantierend, im Raum und vermeiden es dabei ganz offenkundig, zwischen die gespreizten Beine zu gehen oder dort gar stehenzubleiben - dort also, wohin ein gebündelter Lichtstrahl den Blick lenkt. Nun erscheint eine sechste Person, und die Tücher werden in der Region, wohin das Licht fällt, von einer der anderen vier aktiven Personen entfernt. Sichtbar wird, in gleisende Helligkeit getaucht, ein weibliches Genital. Die sechste Person, der Arzt, stellt mich den im OP anwesenden Schwestern als Soziologin vor, die gekommen sei, um ihre Arbeit einmal "in vivo" zu erleben, setzt sich dann auf einen niedrigen, beweglichen Hocker zwischen die Beine der liegenden Frau, fordert mich auf, mich hinter ihn zu stellen, führt - nach der inneren und äußeren Sterilisation - einen Stab in die Scheide der Patientin ein und erläutert mir im weiteren Verlauf ständig den Sinn und Zweck seiner Handlungen.

Es geht in diesem Fall darum, eine sogenannte "transvaginale Eizellpunktion" durchzuführen. Der Eingriff wird unter Vollnarkose vorgenommen, da - wie mir der

-
- 6 Zur analytischen Differenz zwischen dem Entwurf einer Handlung bzw. einer Kette von Handlungen und dem Entschluß, einen solchen Entwurf *jetzt* zu realisieren, vgl. Schütz/Luckmann 1984.
 - 7 Ein solcher Entschluß wird gegenwärtig typischerweise zwischen den Hauptbeteiligten, einem ungewollt kinderlosen Paar und dem hierfür kompetenten medizinischen Experten, unter Berücksichtigung von Spezialistenmeinungen konsensuell gefaßt (vgl. dazu Honer 1994).
 - 8 Es geht mir dabei, entsprechend dem von uns verfolgten Konzept der 'Lebensweltanalyse' (vgl. dazu z.B. Hitzler/Honer 1984, 1988 und 1991), vor allem darum, einen Einblick in die (Arbeits-)Welt der medizinischen Fortpflanzungsexperten einschließlich der ihnen zuarbeitenden 'Hilfskräfte' zu gewinnen. Zu den vielfältigen methodischen Problemen, die aus dieser methodologischen Absicht resultieren, habe ich mich ja schon andernorts geäußert (vgl. z.B. Honer 1993a, sowie meinen anderen Beitrag in diesem Band). - Starke Korrespondenzen weist diese Unternehmung v.a. auch zum Verständnis einer 'Ethnographie moderner Gesellschaften' auf, wie es exemplarisch von Hubert Knoblauch (z.B. 1991) vertreten und praktiziert wird.

Arzt erklärt - die Frau durch einen externen Kollegen 'hyperstimuliert' worden sei und der Eingriff deshalb ohne Narkose zu schmerzhaft wäre für die Patientin.⁹

Der Blick des Arztes heftet sich nun auf einen Monitor, dessen schwarz-grau-helles Flimmern - für den geübten Blick erkennbar - Ultraschallbilder eines Ovars wiedergibt. Während er mit einer Hand den eingeführten Stab bewegt und damit - via Bildschirm - die als schwarze, kreisförmige Flecken erscheinenden Follikel ansteuert und mittels eines Fußschalters immer wieder die Punktionsnadel und die Absaugvorrichtung auslöst, sammelt eine der Schwestern die abgesaugte Follikelflüssigkeit in Reagenzgläschen und bedeutet dem Arzt mit einem kurzen "stop", wenn sie ein volles Röhrchen gegen ein leeres austauschen muß. Die Röhrchen werden ihr von einer anderen Schwester abgenommen und in ein auf Körpertemperatur beheiztes Kästchen gestellt, das nach der Operation von einer Helferin abgeholt und ins Labor getragen wird.¹⁰

Dieser Vorgang variiert von Klinik zu Klinik: Während andernorts ein Laborant gleich im OP die Follikelflüssigkeit unter dem Mikroskop auf Eizellen absucht und den Punkteur über die gefundene Anzahl informiert, wurden hier während der Operation nur die Größe und die Zahl der punktierten Follikel protokolliert. Erst später wurde dann die Zahl der im Labor gefundenen Eizellen vom Arzt telefonisch erfragt.

9 Für den hier naheliegenden Schluß, daß die überstimulierten Ovarien der Patientin auf einen Behandlungsfehler des 'externen Kollegen' zurückzuführen sein könnten, ist der Nachweis in mehrfacher Hinsicht problematisch - einerseits aus medizinischen und andererseits aus methodischen, der Art der Datensammlung geschuldeten Gründen: Da weltweit nahezu alle reproduktionsmedizinisch tätigen Zentren das Follikelwachstum für die Eizellentnahme hormonell gesteuert induzieren ("Superovulation") und nicht den Ovulationszeitpunkt im 'natürlichen' Zyklus der Frau beobachtend abwarten, kommt die Stimulationsbehandlung per se einer Art Überstimulation gleich resp. wird als "unphysiologisch" bezeichnet, so daß die Grenze zwischen einer zweckgerechten Stimulation und dem sogenannten "Überstimulationssyndrom" zum einen durch das vom Arzt gewählte Stimulationsschema, das mit der diagnostizierten Sterilitätsursache korrespondieren soll, und zum anderen durch den individuell variierenden "response" der Patientin auf das verabreichte Medikament bestimmt wird. - Aus methodischer Sicht muß einschränkend festgestellt werden, daß die Beschreibung auf der Basis eines Gedächtnisprotokolls erfolgt, das erst zwei Stunden später verfertigt werden konnte, weil mir nicht erlaubt war, das 'nicht sterile' Tonbandgerät mit in den Operationssaal zu nehmen. Zwar war der Verweis auf den 'externen Kollegen' nach- und eindrucklich - und blieb mir deshalb auch im Gedächtnis. Es ist gleichwohl möglich, daß mich der Arzt lediglich darauf hinweisen wollte, daß wir es im vorliegenden 'Fall' mit einer nicht von ihm selber behandelten Patientin zu tun hatten. In einem späteren Gespräch mit dem damals operierenden Arzt jedenfalls wurde meine Nachfrage, ob es sich hier um einen Behandlungsfehler seitens des 'externen Kollegen' gehandelt habe, unter Verweis auf die derzeit in Fachkreisen stattfindende Diskussion über die Wechselwirkungen der verschiedenen 'Stimulationsschemata' und ihre spezifischen wie kumulativen 'Nebenwirkungen', 'beantwortet'.

10 Die Farbe der Röhrchenflüssigkeit dient übrigens dem medizinischen Hilfspersonal als Mittel zur Beurteilung der operativen Fähigkeiten des jeweiligen Arztes: je öfter sie Blut enthalten, als umso geringer wird die praktische Kompetenz des Arztes eingeschätzt. Besonders handlungsrelevant ist dies für das Laborpersonal, denn je mehr Blut und sonstige Zellbestandteile in der Flüssigkeit sind, desto arbeitsaufwendiger wird im Labor die Suche nach den Eizellen.

In diesem Falle saugte die Laborantin über vierzig Eizellen aus der Follikelflüssigkeit an, spülte sie in einem speziellen Medium und setzte sie in mehrere mit frischer Mediumflüssigkeit gefüllte Schälchen um. Die Anzahl der Eizellen wurde auf einem Protokollblatt notiert. Da das Formular nur auf dreißig Eizellen ausgelegt war, notierte die Laborantin weitere zehn auf der Rückseite des Blattes. Der überzählige Rest blieb unprotokolliert. Anschließend wurden die mit dem Namen der Patientin und der Anzahl enthaltener Eizellen beschrifteten Schälchen zur weiteren 'Nachreifung' in den Inkubator verbracht. Dort blieben die Eizellen zirka vier Stunden - bis zum Zeitpunkt der Insemination.

Etwa eine Stunde später erschien der Ehemann der Patientin im Labor, um seinen 'Beitrag' zum weiteren Fortgang der Befruchtung zu leisten: Der dazu notwendige Vorgang, der als "Samengewinnung" bezeichnet wird, findet in seiner einfachsten und auch mit Abstand häufigsten Form in aller Regel in einem kleinen (in diesem Labor rosafarben getünchten, fensterlosen) Raum statt, in dem sich außer einer Wasch- und einer (vorzugsweise sesselartigen) Sitzgelegenheit noch eine Schreibunterlage befindet. In dem hier behandelten Fall lag auf dieser Schreibunterlage, einem niedrigen Tischchen, ein Handzettel folgenden Inhalts (im Original französisch, eigene Übersetzung):

"Einige Hinweise für die Samenspende

Die Spermatozoen sind sehr empfindlich gegen Verunreinigungen durch *Waschmittel, Wasser, Speichel oder Bakterien*.

Um jede zufällige Verunreinigung zu vermeiden, die spätere Analysen unwiderruflich verfälschen kann, ist es notwendig, peinlich genau die folgenden Hinweise zu befolgen.

Ein Waschbecken und Seife stehen Ihnen zur Verfügung um

- eine sorgfältige Waschung von Händen und Penis
- eine reichliche Spülung mit fließendem Wasser vorzunehmen.

Benutzen Sie die zur Verfügung gestellten Handtücher zum Abtrocknen.

Sammeln Sie die Spermien in dem sterilen Behälter, den man Ihnen gegeben hat, und tragen Sie Sorge dafür, daß er am Ende mit dem Deckel verschlossen wird.

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit"

Dieses 'Merkblatt' ist, wie mir gesagt wurde, zwar vor allem für sogenannte 'anonyme' Samenspender verfaßt worden, für Männer also, die gegen Entgelt ihr Ejakulat für eine künstliche Befruchtung zur Verfügung stellen (vgl. Szalmy 1979, Wood/Leeton/Kovacs 1980, Schaad 1982, Litschgi 1986), da aber das 'Merkblatt', wie gesagt, im Masturbationsraum ausliegt, soll es offenkundig auch von den hier sich betätigenden Ehemännern zur Kenntnis genommen werden.

Die Anweisungen sind symptomatisch dafür, wie Rezepte, Anleitungen und dergleichen mehr formuliert sind, nämlich so, daß sie vielerlei Kenntnisse und Befähigungen voraussetzen, dem Leser hierin also fraglos Kompetenz unterstellen, während andere Wissensselemente und erwünschte Aktivitäten übergau expliziert werden (vgl. hierzu Knorr-Cetina 1984). In solchen formalen Handlungsanweisungen manifestieren sich also zum einen bestimmte Vorstellungen über den Adressaten als einer famosen Mischung aus Volltrottel und Alltagsvirtuose; zum anderen, und das erscheint mir eigentlich spannender, bildet sich in ihnen ein bestimmtes Relevanzsystem ab, enthalten sie 'latent', worum es 'dem Verfasser' geht, was ihm wichtig ist und was nicht.

In dem hier vorliegenden Blatt z.B. steht vieles von dem *nicht*, was man in dem in Frage stehenden Raum nun tun und lassen soll. Es war wiederum Jacques Testart, der einen Aspekt des Themas hervorhob, das insgesamt in der *medizinischen* Literatur meist in wenigen Sätzen abgehandelt wird:

"Obwohl die Spermienabgabe die gefahrloseste Phase der FIVETE¹¹ ist, und wohl auch diejenige sein dürfte, die am wenigsten Schmerzen verursacht, wirft sie gelegentlich ein psychologisches Problem auf, denn dieser Vorgang ist nun ganz und gar nicht medikalisiert: Kein Spezialist kümmert sich um ihn, es gibt keine Anleitungen zur richtigen masturbatorischen Technik" (Testart 1988: 58).¹²

Das Blatt ist aber, entgegen dem Eindruck, den man vielleicht zunächst haben könnte, auch keine Hygieneanleitung.¹³ Ohne hier mit einer Feinanalyse aufwarten zu wollen, behaupte ich deshalb: Dem Verfasser dieses Merkzettels geht es nicht darum, zu reglementieren, was *im* Masturbationsraum geschieht, sondern schlicht darum, die Chance zu erhöhen, daß für die weiteren Maßnahmen, die der künstlichen Befruchtung dienen, ein Ejakulat mit möglichst vielen intakten, 'virulenten' Samenzellen zur Verfügung steht.

Nach der 'Spermagewinnung' händigt der Produzent den Behälter an die Laborantin aus, die dann durch das sogenannte "swim up"-Verfahren¹⁴ die Samenzellen aus dem

11 Erläuterung (A.H.): FIVETE ist das französische Kürzel für die In-vitro-Fertilisation.

12 Zumindest in der Schweiz versucht man, das 'psychologische Problem' dadurch zu lösen, daß den Männern im Zweifelsfall auch erlaubt wird, ihr Sperma von zu Hause in die Klinik mitzubringen. Da aber nach Ansicht der Experten die wenigsten Männer Probleme damit haben, in der 'Blackbox' im Labor zu masturbieren, sieht man auch keinen Grund, sich weiter mit diesem Thema zu befassen. Sympathie und Aufmerksamkeit aller Beteiligten konzentrieren sich auf die Frau. Der Mann ist im Grunde lediglich als Produzent von möglichst 'hochwertigem' Sperma relevant.

13 Wäre sie eine solche, müßte m.E. etwa auch so etwas draufstehen wie "Waschen Sie sich bitte (zumindest) die Hände, wenn Sie Ihre Spermien im Behälter gesammelt, wenn Sie also das getan haben, wozu sie hier sind. Trocknen Sie sich auch wieder ab." Dergleichen aber steht *nicht* auf diesem Blatt - und ein anderes gibt es nicht in der, auch ansonsten wenig 'anregenden' oder gar 'heimeligen' Kabine.

14 Dieses Verfahren wird auch bei zwei Spermioqrammanalysen angewandt, die in der Regel bei jedem Samenspender vorab zu diagnostischen Zwecken durchgeführt werden.

Ejakulat löst. Für die sich anschließende Insemination werden die Spermien auf eine Spritze aufgezogen und dann unter dem Mikroskop tröpfchenweise in die Nährlösung verbracht, in der die Eizellen schwimmen.¹⁵ Während der Insemination, genauer: in derselben Arbeitsphase, unterzieht die Laborantin die Eizellen bereits einer ersten 'Qualitätskontrolle'. Dabei wird morphologisch deren Reifegrad bestimmt: Die Prüfskala reicht von "1" für unreif bis "3" für reif und dient der ersten Einschätzung eines möglichen Befruchtungserfolges: "Die reife präovulatorische Eizelle füllt den Raum innerhalb der Zona pellucida voll aus und ist rund. Der Cumulus oophorus ist aufgelockert und durchscheinend. Unreifere Eizellen haben dagegen meist einen dichteren Cumulus, sind nicht abgerundet, und degenerierte Eizellen zeigen Zeichen der Fragmentation" (Krebs 1989: 521f.).

Dieser scheinbar klaren identifikatorischen Beschreibung steht jedoch im Alltag der Laborkraft die *von ihr* pragmatisch zu lösende Aufgabe gegenüber, sozusagen 'ad hoc' darüber zu befinden, ob die Eizelle rund und die sie umhüllende Kumuluswolke schon aufgelockert genug ist, um mit einer "3" bewertet zu werden. So betonten auch *alle* Laborantinnen und Laboranten, die ich bei ihrer Arbeit beobachten konnte, daß ihre Qualitäts-Beurteilungen im Grunde weit stärker nach *subjektiven* als nach objektiven Kriterien geschähen. Dieser 'Subjektivismus' wiederum wird durchaus ambivalent eingeschätzt: einerseits ist er Ausdruck individueller Kompetenz aufgrund berufspraktischer Erfahrung, andererseits widerspricht er dem beruflichen Ideal der Orientierung an objektiven Meßverfahren (Fishel/Jackson 1986).

4 Die Selektion der 'schönsten' Embryonen

Nach der 'Reifeprüfung' werden die nunmehr inseminierten Eizellen dann zurück in den Inkubator verbracht. Die eigentliche *Befruchtung*, d.h. die Verschmelzung der beiden Keimzellen, findet nämlich im Dunkel des Wärmeschanks statt¹⁶, bis die Keimzellen am Morgen des nächsten Tages von der Laborantin der zweiten Kontrolle, der Kontrolle auf 'Fertilisierungszeichen' unterzogen werden. Dazu wird jede Eizelle durch Ansaugen und Ausblasen mehrmals durch die verengte Spitze eines dünnen Glasröhrchens bewegt, um sie durch diese Reibung mechanisch weitgehend von noch

15 Die in der Literatur (vgl. Fishel 1986, Lehmann et al. 1986, WHO 1987, Krebs 1989) ebenso wie in den verschiedenen von mir untersuchten Labors genannte Anzahl der zur Befruchtung zugefügten Spermien schwankt zwischen Zwanzig- und Zweihundert-Tausend. Es scheint nur *eine* Regel zu geben, und die lautet: nicht *zu viele* Spermien pro Eizelle, um Polyploidie, die aus der Befruchtung durch mehr als eine Samenzelle resultiert, zu verhindern.

16 Auch unter den Kontrollbedingungen der modernen Hightec-Medizin bleibt die 'eigentliche Befruchtung', der Fusionsprozeß zwischen Ei- und Samenzelle, also nach wie vor unbeobachtet, verbleibt somit als unbestimmter Moment, der 'irgendwann' in der Dunkelheit des Inkubators eintritt. Ein Reporter im Radio der deutschen und der rätoromanischen Schweiz (DRS) hat einmal (17.9.92) gesagt, daß dies im gesamten Prozeß der artifiziiellen Reproduktion noch "das einzig verbliebene Restchen Intimität" sei.

anhaftenden Cumuluszellen und von den verbliebenen Samenzellen zu trennen. Die Laborantin notiert auf ihrem Protokollblatt, ob dieses 'Abschliffen' der Zellen "leicht" oder "schlecht" möglich war. Ist es nur "schlecht" möglich, dann wird es als Hinweis auf eventuell vorhandene 'Antikörper' interpretiert. Solche 'Antikörper' können eine Befruchtung verhindern, was dann meistens erneute diagnostische und therapeutische Behandlungen des Paares mit dem Kinderwunsch zur Folge hat.

Nach dem Pipettieren, also nach der 'manuellen' Manipulation der Eizelle wird diese anhand *morphologischer* Kriterien daraufhin kontrolliert, ob sie befruchtet worden ist. D.h., die Laborkraft sucht - visuell - nach Merkmalen, die auf eine Fertilisierung verweisen. Als eindeutiges Zeichen dafür, daß eine Befruchtung stattgefunden hat, gilt das Auffinden der beiden (mütterlichen und väterlichen) "Vorkerne" oder "Pronuclei". In diesem ersten Entwicklungsstadium der befruchteten (nunmehr als "Zygote" etikettierten) Eizelle ist es für die Laborkraft ausgesprochen handlungsrelevant, ob die Zygote mehr als zwei Vorkerne enthält, ob die Eizelle also durch mehr als *ein* Spermatozoon befruchtet worden ist. Ist dies der Fall, liegt also die bereits erwähnte "Polyploidie" vor, werden "diese Eizellen von dem Embryotransfer ausgeschlossen" (Krebs 1989: 522), bzw. weniger dezent formuliert: sie werden weggeworfen, denn die Experten gehen davon aus, daß das Vorliegen von mehr als zwei (haploiden) Chromosomensätzen entweder zu schweren Mißbildungen des Embryos führt, oder aber - was als wahrscheinlicher gilt -, daß der Embryo überhaupt nicht entwicklungsfähig ist (vgl. Ven et al. 1985)¹⁷.

Nach ungefähr 18 Stunden im Inkubator wurden im hier beschriebenen Fall *keine* Mehrfachbefruchtungen entdeckt, hingegen konnten bei zwölf Eizellen die Pronuclei 'eindeutig' ausgemacht werden. Die Entwicklung befruchteter Eizellen zum Vorkernstadium variiert jedoch zeitlich sehr stark (in der Literatur wird sie mit einer Spannweite von 16-29 Stunden ab erfolgter Fertilisation angegeben - vgl. Austin 1989). Und obwohl Reproduktionsmediziner eine zeitlich rasche Entwicklung der befruchteten Eizelle gemeinhin als Zeichen der Viabilität, der Lebensfähigkeit des Embryos deuten, steht bislang der statistische Nachweis einer signifikanten Korrelation zwischen schneller Embryoentwicklung und induzierter Schwangerschaft noch aus. D.h., daß in unserem 'Fall' zur Zeit der (nach 18 Stunden erfolgten) Fertilisierungskontrolle noch keine zuverlässigen Prognosen über die Anzahl entwicklungsfähiger Embryonen gemacht werden konnten.

Die weitere Entwicklung der befruchteten Eizellen bis zum Embryotransfer wird *nach* dieser Befruchtungskontrolle noch zwei weitere Male protokolliert. Dabei werden jeweils die Anzahl der Zellen (der sogenannten Blastomeren) des Embryos notiert und

17 Gesprächsweise legitimieren die Reproduktionsmediziner ebenso wie das medizinisch-technische Personal diese Selektion typischerweise damit, daß bei Vorliegen von Polyploidie von ihnen nur das getan werde, was 'die Natur selber auch' mache, daß mit dem 'Wegwerfen' die natürliche Selektion also lediglich nachgeahmt werde.

die Qualität der Embryonen nach "Graden" bewertet. Aus den der Patientin ursprünglich entnommenen Eizellen, von denen vierzig notiert worden waren, entwickelten sich so zunächst 24 als solche identifizierte Embryonen, von denen drei nach dieser Statuszuschreibung wieder 'degenerierten'. Am Tag des Transfers standen damit 21 in verschiedenen Stadien der Zellteilung befindliche Embryonen zur Verfügung. Aus diesen 21 wählte die *Laborantin* wiederum drei "sehr schöne" für den Transfer aus und separierte sie von den 18 'überzähligen' Embryonen, welche sie noch am selben Tag kryokonservierte.¹⁸

(Umgangssprachlich) als "schöne" oder (in der Fachliteratur) als "ideale" Embryonen werden solche bezeichnet, die "gleichgroße, hellgelb durchscheinende, sphärisch angeordnete Blastomeren" (Lehmann et al. 1986: 180) aufweisen. Im Labor unseres Fallbeispiels wird "sehr schönen" Embryonen der "Grad 1" erteilt, von dem aus eine Abstufungsskala für Abweichungen vom Idealzustand bis zum "Grad 4" reicht. Bei diesem "Grad 4" erscheinen die Zellen 'dunkler' gefärbt, die Form der Zellen 'ungleich' groß und weniger 'kugelig', und einige Zellen erscheinen ganz 'fragmentiert'. Obwohl Embryonen vom "Grad 4" unter den Experten als 'eher nicht lebensfähig' gelten, wurde auch in dem hier infrage stehenden Labor schon die Erfahrung gemacht, daß sie sich implantieren und zu einer Schwangerschaft führen können.

Bei den von mir in zwei verschiedenen Labors beobachteten 'Qualitäts'-Prüfungen der Embryonen handelte es sich durchweg um *morphologische* Kontrollen. D.h., die Beurteilung fand (lediglich) anhand mikroskopisch *sichtbarer* Charakteristika statt, ohne daß die Embryonen direkt manipuliert wurden. In der reproduktionsmedizinischen Forschungsliteratur (vgl. Tesarik 1989, Hardy et al. 1990, Cohen/Wiemer 1992, Plachot 1992) werden aber auch andere Methoden diskutiert, mittels derer die Viabilität, die Lebensfähigkeit der Embryonen *in vitro* getestet wird. Diese Methoden werden differenziert in "invasive" und "nicht invasive" Verfahren. Zu den *nicht* invasiven Verfahren zählt neben der geschilderten morphologischen Beurteilung¹⁹ auch der

18 Angesichts der nach wie vor geringen Erfolgsrate, die von dem Leiter des Labors, einem Biologen, mit 10 bis 15 Prozent angegeben wird, liegen für dieses Paar also noch reichlich Embryonen 'auf Eis'. Dieses Tiefgefrieren halten die einschlägig befaßten Mediziner und Biologen vor allem deshalb für sinnvoll, weil dadurch alle weiteren Embryotransfers während eines normalen Monatszyklus 'aus der Tiefkühltruhe' durchgeführt werden können, ohne daß die Frau wieder hormonell stimuliert werden muß. - Grundsätzlich wird das Problem der sich laufend ansammelnden, 'verwaisten', respektive nicht mehr nachgefragten "Frosties" nur ungern vor laufendem Tonband erörtert, da die Gesetzgebung in der Schweiz (Ende 1993) noch im Gange ist und kaum einer der Reproduktionsmediziner veröffentlicht wissen will, daß er für die Embryospende, also für die Freigabe zur pränatalen Adoption votiert.

19 Dabei werden das Erscheinen der Vorkerne, die Form und Regularität der Blastomeren, sowie die Fragmentation des Zytoplasmas und die Teilungsrate des Embryos beobachtet.

sogenannte *metabolische* Ansatz.²⁰ Die invasiven Methoden lassen sich einerseits in solche, die die weitere Entwicklung des Embryos *nicht* verhindern²¹, und andererseits in solche, bei denen die Keimzellen und die befruchtete Eizelle 'zerstört' werden müssen, unterteilen.

Die letztgenannten, sozusagen 'destruktiven' Untersuchungen haben ergeben, daß *chromosomale Anomalien* die Hauptursache für das Absterben der Embryonen vor oder nach dem Transfer darstellen. Da nun jedoch auch "sehr schöne" Embryonen lethale Anomalien tragen können, wird die 'Qualitätskontrolle' anhand morphologischer Kriterien inzwischen zwar als 'einfach' durchführbar und mithin als pragmatisch akzeptabel angesehen, aber ihr klinischer Wert wird als ausgesprochen gering eingeschätzt. Hingegen rechnet die reproduktionsmedizinische Forschung damit, daß durch die (negative) Selektion nicht viabler Embryonen mittels neuer Testverfahren die In-vitro-Fertilisation "simpler, cheaper and more efficient" werden wird (Plachet 1992: 335f.).²²

5 Der 'entzauberte' Embryotransfer

Im hier untersuchten Kliniklabor finden jeden Nachmittag Besprechungen der an der Sterilitätsbehandlung beteiligten Ärzte, Schwestern und Laborspezialisten statt. Bei diesen Treffen werden Stand und Fortgang der Behandlung jeder Patientin besprochen und Termine festgelegt, die später telefonisch an diese weitergegeben werden. So wurde, angesichts der erfolgversprechenden Laborbefunde, auch die hyperstimulierte Frau aus 'unserer' Fallgeschichte für den späten Vormittag des nächsten Tages zum Embryotransfer einbestellt.

20 Dabei werden die Sekretionen des Embryos in das oder dessen Aufnahme bestimmter Stoffwechselprodukte aus dem Kulturmedium beobachtet.

21 Dabei handelt es sich um die sogenannte Embryobiopsie, bei der dem Embryo einzelne Zellen (Blastomeren) entnommen und z.B. auf Anomalien hin untersucht werden. Embryobiopsie ist also genetisches Screening *vor* dem Embryotransfer. Sie ist damit eine der Diagnosemöglichkeiten zur Identifikation einer (latenten) Erbkrankheit und somit eine Grundlage diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, die ein 'normales und gesundes Kind' sichern, bzw. die verhindern, daß ein nichtnormales, 'krankes' Kind geboren wird. Außerdem erweitert dieses Verfahren die Palette der Möglichkeiten einer künstlichen Geschlechtswahl: Neben das "Verhindern oder Verbessern der Befruchtungschancen für X- oder Y-tragende Spermien und den Geschlechter-selektiven Abort" (Jüdes 1983: 21) tritt damit das sogenannte "embryo sexing", die Untersuchung (und Auswahl) des Embryos auf dessen Geschlechtszugehörigkeit hin.

22 Nicht ganz aus dem Blick verlieren sollte man an dieser Stelle vielleicht, daß diese Techniken auch wesentlich zu dem beizutragen vermögen, was man menschliche "Zuchtwahl" nennt: von der Geschlechtswahl des Kindes über weitere gewünschte Merkmale (Aussehen, Intelligenz) bis hin eben zur Züchtung einer "gesündere(n) und höhere(n) Rasse" (Etzioni 1973: 12).

Als die schwangerschaftswillige Patientin auf der Station eintraf, wurde sie von einer der Schwestern in ein leeres Krankenzimmer geführt und angewiesen, sich zunächst zu entkleiden und eines der krankenhaustypischen Flügelhemden anzuziehen, sich dann ins Bett zu legen und zu entspannen, bis der Arzt eintreffe. Als auch der Arzt bereit war, informierte eine Krankenschwester die Laborantin, daß es 'losgehen' könne. Die Laborantin holte die Schälchen, in denen die Embryos der Patientin schwammen, aus dem Inkubator und brachte diese zusammen mit dem Transferkatheter in einem fahrbaren Kasten zum Krankenzimmer.

Der Embryotransfer findet also *nicht* im OP statt und auch *nicht* in einem der gynäkologischen Untersuchungsräume, sondern eben in einem Krankenzimmer, in dem die Patientin nach dem Transfer noch ungefähr eine Stunde im Bett liegen bleibt. Trotzdem ähnelt der weitere 'Befruchtungsgang' im Grunde einer gynäkologischen Routineuntersuchung: Im hier beschriebenen Fall erkundigte sich der Arzt zunächst nach dem Befinden der Frau, berichtete ihr, wieviele Eizellen insgesamt befruchtet und wieviele davon eingefroren worden seien, und schilderte ihr dann das weitere Procedere. Sodann bot er der Patientin an, sich ihre Embryos vor dem Transfer unter dem Mikroskop anzuschauen. Diese Besichtigung verlief, was ich im übrigen auch andernorts habe beobachten können, nahezu wortlos.²³

Zwischenzeitlich hatte der Arzt seine steril verpackten Instrumente auf einem Beistelltisch am Fußende des Bettes ausgebreitet und bekräftigte nochmals nachdrücklich die zuvor von der Laborantin gemachte Aussage, daß es sich bei den Embryos um drei "sehr schöne" handle. Nun wurde die wieder auf dem Rücken liegende Patientin vom Arzt in die 'richtige' Position dirigiert. D.h., sie mußte soweit ans Fußende des Bettes rutschen, daß er, zwischen ihren aufgestellten Beinen, bequem ihre Scheide erreichen konnte, um diese zuerst außen und dann - nachdem er den Scheidengang mit einem Speculum gedehnt hatte - auch innen mit einem zwischen eine Zange geklemmten und in eine Flüssigkeit getauchten Wattebausch zu desinfizieren. Während dieser Prozedur bedeutete der Arzt der Laborantin, daß sie jetzt beginnen könne, die Embryonen in den Transferkatheter aufzuziehen.²⁴

Nun wurde der Katheterschlauch durch die Scheide und den Zervixkanal in den Uterus geschoben. Dann wurden die in Medium schwimmenden Embryonen in den Uterus gespült. Nach dem Transfer wies der Arzt die Patientin an, noch etwa eine Stunde liegenzubleiben, ehe sie nach Hause gehe, und in den folgenden drei Tagen keine

23 Die 'Embryonenschau' wurde von der Patientin lediglich mit einem kurzen, verhaltenen Lachen quittiert. Dieses Lachen drückt m.E. nun nicht unbedingt 'helles Entzücken' über den für Nicht-Mediziner doch eher 'fremden' Anblick der potentiellen 'Kinder' aus, sondern vielmehr eine Mischung aus situativer Verlegenheit und ungläubigem Staunen.

24 Der Transferkatheter besteht aus einer Art Spritzenkolben, an dem statt einer Nadel ein ca. zwanzig Zentimeter langer dünner Schlauch befestigt ist.

schwere körperliche Arbeit zu verrichten. Ansonsten solle sie ganz 'normal', wie bisher auch, weiterleben, bis sie zum vorgesehenen Termin für den Schwangerschaftstest wieder in die Klinik komme. Und mit der Aufforderung, sich zu melden, falls irgendetwas 'Besonderes' sei, falls also z.B. stärker werdende Schmerzen oder anhaltende Blutungen auftreten würden, verabschiedete sich der Arzt wieder.²⁵

6 Die Potenz des 'Dritten im Bunde'

Wie wir gesehen haben ist das eigentliche reproduktionsmedizinische 'trajectory'²⁶ also wesentlich kürzer und klarer umrissen als das dieses gleichsam umhüllende biographische 'trajectory', das von der 'ungewollten Kinderlosigkeit' zur 'Erfüllung des Kinderwunsches', also zur tatsächlichen *Geburt* eines Kindes hinführt. Wenn man den hier umrissenen Prozeß reduziert auf seine 'essentiellen' organisatorisch-technischen Bestandteile, dann erkennt man unschwer, daß sich dieses 'trajectory' aus nicht mehr als vier Komponenten bzw. 'Stationen' zusammensetzt: 1. Extraktion und Selektion von Eizellen, 2. Extraktion und Selektion von Samenzellen, 3. Fusion möglichst hochwertiger ('reifer') Ei- und Samenzellen, 4. Transfer des Embryos.

Technisch gesehen, also jenseits aller eingangs angeklungenen Pionierzeit-Romantik, tut der Arzt - als 'Vorsteher' sozusagen des ganzen medizinischen Dienstleistungsapparates - dabei etwas, was strukturell dem ähnelt, was wir bei der geschlechtlichen Fortpflanzung standortgebundener Organismen beobachten können: Er betätigt sich als Bote, als Zwischenträger, als Vermittler menschlicher Keimzellen, man könnte auch sagen: als Kuppler, der Sperma und Ovum zusammenführt. Er wird damit zwar nicht zum Hauptdarsteller, sehr wohl aber zum 'Regisseur' der für die Reproduktionsmedizin symptomatischen Dreiecks-Konstellation aus Eigeberin, Samenspende und technischem 'Zwischenträger', die ich an anderer Stelle schon einmal als "menage à trois" bezeichnet habe (vgl. Honer 1991).²⁷

25 Im Vergleich zu der eingangs zitierten Schilderung des Schwängerungsvorganges aus der Frühzeit der In-vitro-Fertilisation läßt sich an diesem lapidaren Beispiel also unschwer erkennen, wie sehr der Embryotransfer, also das Zurückspülen der befruchteten Eizelle in den Uterus der Frau, bereits zur unspektakulären Routine im reproduktionsmedizinischen Alltag geworden ist. - Allerdings bemerkte die Laborantin unmittelbar nach diesem 'Vollzug' mir gegenüber, daß ihr die Atmosphäre beim Transfer gar nicht gefalle; der Arzt sei zwar nicht unfreundlich, aber doch zu unpersönlich, zu kühl und distanziert.

26 Ich übernehme hier diesen Begriff für das soeben skizzierte Bündel zum Teil paralleler, zum Teil aufeinanderfolgender, auf ein Ereignis hin ausgerichteter und (zumindest) dadurch aufeinander bezogener Vorgänge und Aktivitäten von Anselm Strauss (vgl. dazu auch Soeffner 1991).

27 Diese künstliche Befruchtungstriade *modernisiert* den ganzen, banalen, quasi-natürlichen Zeugungsakt, zu dem herkömmlicherweise eben nicht mehr als zwei verschiedengeschlechtliche Leute nötig waren. Das ist, wenn man so will, sozialer Fortschritt auf den Spuren des technisch Möglichen. Und das heißt: Möglicherweise wird es 'morgen' kulturell *normal* sein, das, was zu tun ist, um ein Kind zu zeugen, zu *dritt* (und im Rekurs auf Hightec-Wissen) zu tun, während der geschlechtliche Direktkontakt endgültig

Technisch gesehen fungiert der Arzt in der Phase der reproduktionstechnischen Behandlung im engeren Sinne als Organisator des Geschehens, als Teamleiter und 'Herr der Apparate', als Kunst-Hand-Werker und als letztinstanzlicher Entscheidungsträger (z.B. hinsichtlich der Frage, ob bestimmte 'Maßnahmen' sinnvoll und/oder notwendig sind). Was der Arzt über Gefahren und Chancen sagt, was er 'von der Sache hält', was er vorschlägt, und wovon er abrät, das hat handlungsleitenden Charakter für die betroffenen Frauen und Paare, das stiftet Sinn in Bezug auf deren existenzielle Problemlage. Professionell (mehr oder weniger) gesicherte Überzeugungen werden dabei normativ eingesetzt, um die Patienten 'in der Spur' zu halten. Kurz: Der Arzt ist es, der aus Menschen mit einem unerfüllten Kinderwunsch im eigentlichen Sinne *Patienten* macht.²⁸

Durch dieses Zusammenspiel von technischer Kompetenz und paternalistischer Grundhaltung wird der Arzt - jenseits aller professionellen Verantwortungs-Abwiegungssemantik (vgl. dazu nochmals Honer 1994) - zum immer dominanteren 'Dritten im Bunde', in jenem Bunde zur (Er-) Zeugung eines Kindes, das die zwei, die 'natürlicherweise' dazu gehören, allein eben nicht zu bewerkstelligen in der Lage zu sein scheinen. Man kann den Sachverhalt aber auch andersherum formulieren: Die soziale Suche nach praktikablen Wegen des medizinischen Umgangs mit ungewollter Kinderlosigkeit stellt den Arzt zwangsläufig vor ein vielschichtiges Entscheidungs-Dilemma, in dem er auf sein Wissen um technologische Möglichkeiten ebenso zu rekurrieren, wie professionelle Interessen zu wahren und zugleich ethische Bedenken und die Wünsche und Ängste der Menschen zu berücksichtigen hat (vgl. Freidson 1970; Gross/Hitzler/Honer 1989; Gerhardt 1991).

Wie der Arzt mit diesem Dilemma umgeht, wie er in dieser existenziell so bedeutsamen Situation argumentiert und agiert, das ist, weit über die unmittelbar vom Problem ungewollter Kinderlosigkeit betroffenen Menschen hinaus, aber auch für das gesamtgesellschaftliche Ordnungsgefüge von kaum zu überschätzender handlungsleitender Bedeutung, denn der Arzt ist für den modernen Menschen zu einer lebenspraktisch entscheidenden Sinn-Instanz geworden (und wird es in Zukunft aller Wahrscheinlichkeit noch stärker werden) für alles, was dieser als mit der *Erhaltung* des Lebens in Zusammenhang stehend ansieht (vgl. Baier 1988, Heim/Schuller 1990) - und damit auch für alles, was seine Reproduktionswünsche und -nöte betrifft (vgl. dazu auch Honer 1993b).

Nun sind diese Wünsche, die sich darauf richten, die biologische Reproduktion des Menschen zu entfatalisieren, zu manipulieren, ja ein alle menschlichen Kulturen

von seiner atavistischen Zeugungsfunktion entkoppelt wird (vgl. dazu auch Gross/Honer 1990).

28 Schon das Wort 'Patient' definiert den Menschen ja als jemanden, der sich 'geduldig' und 'folgsam' den als 'therapeutisch' legitimierten Anordnungen eines als 'Mediziner' hierfür legitimierten anderen unterwirft.

übergreifendes, universalhistorisches Thema - und keineswegs eine Erfindung hypertrophierter technischer Machseligkeit.²⁹ Aber die *Erfüllung* dieses 'ewigen' Menschheitstraumes scheint hinlänglich zuverlässig eben erstmals mit den neuen Biotechnologien praktisch realisierbar zu werden.³⁰ Und damit stehen 'wir' nun tatsächlich unabweisbar vor jenem von Amitai Etzioni bereits 1973 (S. 11f) formulierten Problem, ob wir "Experimente billigen, mißbilligen oder zu verhindern suchen, in denen versucht wird, Babies mittels künstlicher Befruchtung in der Retorte zu züchten und von Menschen Xerox-Kopien anzufertigen?"³¹ Kurz: Gegenwärtig läßt sich nur noch schwerlich ignorieren, daß die in der alltäglichen Berufspraxis ausgesprochen unideologische, ja: technizistische Reproduktionsmedizin im Verein mit der Humangenetik als Gesamtunternehmen noch kaum abschätzbare soziale Folgewirkungen im Hinblick auf die 'Qualitätskontrolle' menschlicher Fortpflanzungsaktivitäten nach sich ziehen wird.

29 "In den Bereich der Zuchtwahl gehören die zahlreichen Versuche, das Geschlecht eines Kindes manipulativ festzulegen. Seit dem Altertum schon hat sich der Mensch mit diesem Problem beschäftigt. Den verschiedensten Einflüssen wurde eine Bedeutung beigemessen, von der Stellung des Mondes bis zur Lage beim Koitus... Weiterhin wurde versucht, das Geschlechterverhältnis durch diätetische Massnahmen zu beeinflussen... Eine an Na⁺ reiche und Ca²⁺ und Mg²⁺ arme Diät soll zur bevorzugten Geburt von Knaben führen" (Jüdes 1983: 21).

30 Die *praktische Anwendung* des technisch Möglichen allerdings wird nicht nur durch eine restriktive Rechtsprechung - gerade in Deutschland und in der Schweiz - stark eingeschränkt, sondern auch durch die Berufsverbände der Mediziner selber bislang ausgesprochen skrupulös gehandhabt: Entsprechende Richtlinien und Empfehlungen der Ärzteschaft zielen darauf ab, insbesondere die sogenannte 'Leihmutter-schaft', die heterologe In-vitro-Fertilisation, sowie Manipulationen an Keimzellen und Embryonen prinzipiell zu unterbinden.

31 Martin Heidegger hat zu diesem Problem der "life politics" (Giddens 1991) übrigens schon 1942 bemerkt: "Da der Mensch der wichtigste Rohstoff ist, darf damit gerechnet werden, daß auf Grund der heutigen chemischen Forschung eines Tages Fabriken zur künstlichen Zeugung von Menschenmaterial errichtet werden. Die Forschungen des in diesem Jahre mit dem Goethepreis der Stadt Frankfurt ausgezeichneten Chemikers Kuhn eröffnen bereits die Möglichkeit, die Erzeugung von männlichen und weiblichen Lebewesen planmäßig je nach Bedarf zu steuern. Der Schrifttumsführung im Sektor "Kultur" entspricht in nackter Konsequenz die künstliche Schwängerungsführung. (Man flüchte sich hier nicht aus veralteter Prüderie in Unterschiede, die nicht mehr bestehen. Der Bedarf an Menschenmaterial unterliegt derselben Regelung des rüstungsmäßigen Ordens wie der Bedarf an Unterhaltungsbüchern und Gedichten, für deren Herstellung der Dichter um nichts wichtiger ist als der Buchbinderlehrling, der die Gedichte für eine Werkbücherei einbinden hilft, indem er z.B. den Rohstoff der Pappe für die Einbände aus den Lagerräumen herbeischafft)" (Heidegger 1978: 91).

Literatur

- Austin, C.R. (1989). *Human Embryos. The Debate on Assisted Reproduction*. Oxford, New York, Tokyo
- Baier, H. (1988). *Ehrlichkeit im Sozialstaat*. Zürich
- Baumann-Hölzle, R.; A. Bondolfi; H. Ruh (Hg.) (1990). *Genetische Testmöglichkeiten. Ethische und rechtliche Fragen*. Frankfurt, New York
- Böhme, G. (1981). Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe. in: N. Stehr und V. Meja (Hg.). *Wissenssoziologie* (445-463). Opladen
- Bois, G. du (1991). Genetische Beratung - Ziele und Anwendungsfehler. in: D. Beckmann, et al. (Hg.). *Humangenetik - Segen für die Menschheit oder unkalkulierbares Risiko?* (109-116). Frankfurt a.M.
- Brähler, Ch. (1990). *Familie, Kinderwunsch, Unfruchtbarkeit*. Opladen
- Bresnik, E., und M.L. Taymor (1979). The role of counseling in infertility. in: *Fertility and Sterility* 32/79: 154-158
- Brückner, Ch. (1987). Künstliche Fortpflanzung und heutiges schweizerisches Recht. in: H. Müller (Hg.). *Reproduktionsmedizin und Gentechnologie* (101-111). Basel, Stuttgart
- Campana, A. (1987). IVF/GIFT. Standortbestimmung in der Reproduktionsmedizin. Mitteleuropäische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin. Schaffhausen
- Cohen, J. (1986) *Pregnancy, Abortion and Birth After in vitro Fertilisation*. in: S. Fishel und E.M. Symonds (Hg.). *In Vitro Fertilisation* (135-146). Oxford, Washington, DC
- Cohen, J., und K.E. Wiemer: Advances in methodologies aimed at enhancing the viability of in vitro cultured human embryos. in: L. Hamberger und M. Wikland (Hg.). *Assisted Reproduction* (297-311). London, Philadelphia, Sydney, Tokyo, Toronto
- Daele, W. van den: *Mensch nach Maß?* München: Beck
- Delaisi de Parseval, G., und A. Janaud (1986). Ein Kind um jeden Preis. Weinheim, Basel
- Engelhardt jr., H. T.: Gentherapie an menschlichen Keimbahnzellen: Kann und soll die "Schöne neue Welt" verhindert werden? in: V. Braun, D. Mieth, K. Steigleder (Hg.). *Ethische und rechtliche Fragen der Gentechnologie und der Reproduktionsmedizin* (255-262). München
- Ernst, C. (1988). In-vitro-Fertilisation, Embryonentransfer, GIFT - eine Notwendigkeit? in: *Opinio Gynaecologica* (1-8). Cham
- Etzioni, A. (1973). *Die zweite Erschaffung des Menschen*. Opladen
- Fischer, I. (1989). Der andere Traum vom eigenen Baby. in: *Geo-Wissen* (SH 'Sex - Geburt - Genetik'). Mai 1989: 46-58
- Fishel, S. (1986). Growth of the Human Conceptus In Vitro. in: S. Fishel und E.M. Symonds (Hg.). *In Vitro Fertilisation. Past-Present-Future* (107-126). Oxford, Washington DC
- Fishel, S., und P. Jackson (1986). Preparation for human in vitro fertilisation in the laboratory. in: S. Fishel und E.M. Symonds (Hg.). *In Vitro Fertilisation. Past-Present-Future* (77-88). Oxford, Washington DC
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine*. New York, Hagerstown, San Francisco, London
- Gerhardt, U. (1991). *Gesellschaft und Gesundheit*. Frankfurt a.M.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity*. Cambridge
- Grosch, K.; P. Hampe; J. Schmidt (Hg.). *Herstellung der Natur?* Frankfurt, New York
- Gross, P.; R. Hitzler; A. Honer (1989). Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel. in: F. Wagner (Hg.). *Medizin - Momente der Veränderung* (155-172). Berlin, Heidelberg, New York
- Gross, P., und A. Honer (1990). Multiple Elternschaften. Neue Reproduktionstechnologien, Individualisierungsprozesse und die Veränderung von Familienkonstellationen. in: *Soziale Welt* 1/1990: 97-116
- Gross, P., und A. Honer (1991). Das Wissen der Experten. Reproduktionsmedizin im Spannungsfeld von technischer Innovation, individuellem Hilfeersuchen und gesellschaftlichem Wertesystem. Forschungsbericht Nr.1, St. Gallen
- Hardy, K., et al. (1990). Human preimplantation *in vitro* is not adversely affected by biopsy at the 8-cell stage. in: *Human Reproduction* 6/90: 708-714
- Hegnauer, C. (1989). *Grundriß des Kindesrechts und des übrigen Verwandtschaftsrechts*. Bern
- Heidegger, M. (1990). Überwindung der Metaphysik. in: ders Vorträge und Aufsätze. Pfullingen
- Heim, N., und A. Schuller (1990). Der befreite Körper. in: dies (Hg.). *Biomedizin* (284-297). Reinbek

- Hepp, H. (1988). Reproduktionsmedizin im Spannungsfeld von Ethik und Recht. in: *Gynäkologie* 21/88: 1-12
- Herrmann, H. (1989). Sterilitätstherapie im Meinungsbild von Frauen. in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 49/89: 234-247
- Hitzler, R., und A. Honer (1984). Lebenswelt - Milieu - Situation. in: *KZfSS* 1/84: 56-74.
- Hitzler, R., und A. Honer (1988). Der lebensweltliche Forschungsansatz. in: *Neue Praxis* 6/88: 496-501
- Hitzler, R., und A. Honer (1991). Qualitative Verfahren zur Lebensweltanalyse. in: U. Flick et al. (Hg.). *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (382-385). München
- Hölzle, Ch. (1990). Die psychische Bewältigung der In-Vitro-Fertilisation: eine empirische Studie zu Kinderwunsch und Stressverarbeitungsmechanismen von Sterilitätspatientinnen. Münster
- Holmes, H.B. und T. Tymstra (1987). In Vitro Fertilization in the Netherlands. in: *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer* 4/87: 116-123
- Honer, A. (1991). Das Paarungsritual als 'menage à trois'. Zur Modernisierung des Zeugungsaktes. in: W. Glatzer (Hg.). *Die Modernisierung moderner Gesellschaften*. 25. Deutscher Soziologentag. Sektionen, Arbeits- und Ad hoc-Gruppen (388-390). Opladen
- Honer, A. (1993a). *Lebensweltliche Ethnographie*. Wiesbaden
- Honer, A. (1993b). Entfatalisierung des Lebens? Zum Expertendiskurs über Gen- und Reproduktionstechnologie. in: *Soziologische Revue*, 3/93b: 272-278
- Honer, A. (1994). Die Produktion von Geduld und Vertrauen. Zur audiovisuellen Selbstdarstellung des Fortpflanzungsexperten. in: R. Hitzler; A. Honer; Ch. Maeder (Hg.). *Expertenwissen* (44-61). Opladen
- Jüdes, U. (1983). Eingriffe in die Fortpflanzung. in: ders (Hg.). *In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer (Retortenbaby)* (13-24). Stuttgart
- Kaiser, P. (1991). Pränatale Diagnostik. in: D. Beckmann et al. (Hg.). *Humangenetik - Segen für die Menschheit oder unkalkulierbares Risiko?* (165-173). Frankfurt a.M.
- Knoblauch, H. (1991). *Die Welt der Wünschelrutengänger und Pendler*. Frankfurt a.M., New York
- Knorr-Cetina, K. (1984). *Die Fabrikation von Erkenntnis*. Frankfurt a.M.
- Krebs, D. (1989). In vitro-Fertilisation, intratubarer Gametentransfer (GIFT) und intrauterine Insemination. in: G. Bettendorf und M. Breckwoldt (Hg.). *Reproduktionsmedizin* (516-532). Stuttgart, New York
- Lehmann, F.; K. Diedrich; H. Van der Ven; S. Al-Hasani; D. Krebs (1986). Aktueller Stand der In-vitro-Fertilisation. in: W.-B. Schill und W. Bollmann (Hg.). *Spermakonservierung, Insemination, In-vitro-Fertilisation* (169-190). München, Wien, Baltimore
- Leist, A. (Hg.) (1990). *Um Leben und Tod*. Frankfurt a.M.
- Litschgi, M. (1986). Schwangerschaften unter Verwendung von Kryosperma für die donogene und maritogene Insemination. in: W.-B. Schill und W. Bollmann (Hg.). *Spermakonservierung, Insemination, In-vitro-Fertilisation* (141-144). München, Wien, Baltimore
- Litschgi, M. (1987). Die artifizielle Insemination mit Samen des Ehemanns und mit Spendersamen. in: H. Müller (Hg.). *Reproduktionsmedizin und Gentechnologie. Schweizer Experten informieren* (53-63). Basel, Stuttgart
- Müller, H. (Hg.) (1987). *Reproduktionsmedizin und Gentechnologie. Schweizer Experten informieren*. Basel, Stuttgart
- Petersen, P. (1988). *Retortenbefruchtung und Verantwortung*. Frankfurt a.M.
- Plachet, M. (1992). Viability of preimplantation embryos. in: L. Hamberger und M. Wikland (Hg.). *Assisted Reproduction* (327-338). London, Philadelphia, Sydney, Tokyo, Toronto
- Schaad, Ch. (1982). Heterologous Insemination and Its Medical and Psychological Indications. in: H.-J. Prill und M. Stauber (Hg.). *Advances in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* (231-233). Berlin, Heidelberg, New York
- Schoene, W. (1990). Artifizielle Insemination: Der Arzt als Zeugungshelfer. in: A. Schuller und N. Heim, (Hg.). *Biomedizin* (11-31). Reinbek
- Schütz, A., und T. Luckmann (1984). *Strukturen der Lebenswelt*. Bd. 2, Frankfurt
- Seibel, M.M., und S. Levine (1987). A New Era in Reproductive Technologies: The Emotional Stages of in Vitro Fertilization. In: *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer* 3/87: 135-140
- Singer, P.; H. Kuhse; St. Buckle; K. Dawson; P. Kasimba (Hg.) (1990). *Embryo Experimentation*. Cambridge, New York, Port Chester, Melbourne, Sydney

- Snowden, R.; G.D. Mitchell; E.M. Snowden (1985). *Artefizielle Reproduktion*. Stuttgart
- Soeffner, H.-G. (1991). 'Trajectory'- das geplante Fragment. in: BIOS 4/91: 1-12
- Stauber, M. (1986a). Psychosomatische Aspekte zu Befruchtungstechnologien - Kinderwunsch und sterile Ehe. in: M. Lanz-Zumstein (Hg.). *Embryonenschutz und Befruchtungstechnik*. Reihe: Gentechnologie Bd. 9 (29-48). Frankfurt, New York
- Stauber, M. (1986b). Künstliche Befruchtung. Psychosomatische und ethische Aspekte. in: *Psychosozial* 9/86: 7-15
- Szalmay, G. (1979). Die heterologe artifizielle Insemination. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 39/79: 756-760
- Tauber, P.F.(1987). Ärztliche Verantwortung angesichts der Herausforderungen der Fortpflanzungsmedizin. in: *Schriften des Ärzterates im Bistum Essen*, Bd.10/87: 42-75
- Tesarik, J. (1989). Viability assessment of preimplantation concepti: a challenge for human embryo research. in: *Fertility and Sterility* 52/89: 364-366
- Testart, J. (1988). *Das transparente Ei*. Frankfurt/M., München
- Thomas, K. (1973). *Religion and the Decline of Magic*. Harmondsworth
- Ven, H. van der; S. Al-Hasani; K. Diedrich; U. Hamerich; F. Lehmann; D. Krebs (1985). Polyspermy in in vitro fertilization of human oocytes: frequency and possible causes. in: *Annals of the New York Academy of Sciences* 442/85: 88ff
- Voß, A. (1994). *Die Überwindung des Schweigens. Zur sozialen Funktion der Reproduktionsmedizin*. im vorliegenden Band
- Webster, J. (1986). Embryo Replacement. in: S. Fishel und E.M. Symonds (Hg.). *In Vitro Fertilisation* (127-134). Oxford, Washington, DC
- WHO Laboratory manual for the examination of human semen and semen-cervical mucus interaction (1987). *Normal values for semen variables*. Cambridge
- Wood, C.; J. Leeton; G. Kovacs (Hg.) (1980). *Artificial Insemination by Donor*. Melbourne: Brown Prior Anderson
- Wood, C.; R. McMaster; G. Rennie; A. Trounson; J. Leeton (1985). Factors influencing pregnancy rates following IVF and ET. in: *Fertility and Sterility* 43/85: 245-250